

All'Ordine Prov.le dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
P.le Boschetti, 8  
41121 Modena

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto.....

Nato il ..... a .....

Iscritto :  Albo Medici Chirurghi  Albo Odontoiatri

*ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000)*

**DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver conseguito quanto segue:**

**1. SPECIALITA'** .....

Università .....

voto ..... su .....Lode [ ] S / N in **data** .....

**2. SPECIALITA'** .....

Università .....

voto ..... su .....Lode [ ] S / N in **data** .....

**3. SPECIALITA'** .....

Università .....

voto ..... su .....Lode [ ] S / N in **data** .....

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

*La pubblicazione dei titoli nell'Albo professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena*

....., ...../...../.....

Firma

.....

Dichiarazione sostitutiva titoli in carta libera

**Si raccomanda all'iscritto di fornire il consenso alla privacy. La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati impedisce a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.**

**CONSENSO PRIVACY**

**Informativa ai sensi art. 13 D. Lsg. 196/2003.**

In conformità al disposto dell' art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- i dati forniti saranno trattati nel rispetto delle idonee misure di sicurezza per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine;
- il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, Enti pubblici e Enti previdenziali (nell'ambito dello svolgimento dell'attività ordinistica);

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

**In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell' art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.**

**Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.**

Il sottoscritto .....

a seguito di presa visione delle informazioni di cui all' art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine.  
**Acconsento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.**

....., .... / ..... / .....

Firma .....

INVIO PER POSTA, PER FAX, E-MAIL  
**Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).**

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO DELL'ORDINE  
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig. \_\_\_\_\_  
.....  
**(firma del dipendente addetto)**

**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena**

C.P. 380 Modena Centro - P.le Boschetti n. 8 – 41121 MODENA

- tel. 059/247711 - Fax 059/247719
- e.mail: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)
- PEC : [ordine.mo@pec.omceo.it](mailto:ordine.mo@pec.omceo.it)
- [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)